

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЕЙ ТУБЕРКУЛИНПОЗИТИВНЫХ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Будрицкий А.М., Семенов В.М., Кучко И.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Актуальной проблемой клинической иммунологии на современном этапе является более углубленное изучение состава субпопуляций Т - лимфоцитов и их изменения в процессе развития заболевания, определения взаимосвязи их с клиническим течением, площадью поражения легочной ткани, наличием или отсутствием деструктивных изменений в легких.

Цель. Уточнения особенностей иммунологических дисфункций и оценки частоты развития вторичного иммунодефицита у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы. Нами проведено исследование состава субпопуляций Т – лимфоцитов у 40 больных инфильтративным туберкулезом легких (ИТЛ) с учетом клинико–рентгенологических

вариантов, с использованием соответствующих диагностикумов на основе моноклональных антител (МКАТ) к Т – позитивным лимфоцитам (определения рецепторов к туберкулину) с регистрацией результатов при обычной световой микроскопии. Диагностикумы приготавливались по оригинальной комбинированной методике Д.К. Новикова. Контрольную группу составили 30 доноров, сопоставимые по возрасту и полу.

Результаты и обсуждение. Иммунофенотипирование лимфоцитов выявило достоверные различия показателей по Т – позитивным лимфоцитам в сравнении с контрольной группой. В первую группу (n=11) вошли больные инфильтративным туберкулезом с бронхобулярным вариантом, преимущественно с продуктивным типом тканевой реакции и ограниченным по площади участком поражения легочной ткани. У больных на протяжении всего периода наблюдения отмечалось снижения количества Т – позитивных лимфоцитов по сравнению с уровнем контрольной группы ($34,1 \pm 2,7$). Содержания субпопуляции лимфоцитов у больных с бронхобулярным вариантом составили: $22,4^* \pm 3,7$ (первое исследование), $24,3^* \pm 3,5$ (2-ое исследование) и $26,2^* \pm 3,6$ (3-е исследование). Относительное количество туберкулин позитивных лимфоцитов было достоверно снижено и у больных (n=6) с округлым вариантом вариантом ИТЛ – $21,4 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$) при поступлении. В процессе химиотерапии отмечалось повышение данных уровней туберкулин – позитивных лимфоцитов до $23,4 \pm 3,2\%$ (2-е исследование) и $25,8 \pm 3,6\%$ (3-е исследование). Количество туберкулин – позитивных лимфоцитов у больных с облаковидным вариантом ИТЛ (n=14) было снижено $19,4 \pm 3,3$ ($p < 0,05$) при поступлении и оставалось достоверно ($p < 0,05$) сниженным на протяжении всего стационарного этапа наблюдения – $20,4^* \pm 3,5$, (2-ое исследование) и $21,8^* \pm 3,6$ (3-е исследование). Исследование фенотипа лимфоцитов у больных с распространенным, деструктивным клинико–рентгенологическим вариантом инфильтративного туберкулеза легких (лобит) (n=9) показало следующие особенности изменений исследуемых рецепторов. Количество лимфоцитов имеющих рецепторы к туберкулину, было существенно снижено как в начале заболевания $17,6 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$), так и при повторных контрольных исследованиях $19,2 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$). На момент третьего исследования (четыре месяца) лечения количество лимфоцитов, имеющих рецепторы к туберкулину продолжало оставаться значительно сниженными – $20,8 \pm 3,3$ ($p < 0,05$).

Выводы. Исследование состояния рецепторной функции лимфоцитов больных инфильтративным туберкулезом легких с различными клинико–рентгенологическими вариантами выявило следующие закономерности:

1. У больных инфильтративным туберкулезом легких имеет место дефект в системе Т – клеточного звена иммунитета, проявляющийся на этапах активации регуляторных субпопуляций лимфоцитов.

2. Состояние активации Т – лимфоцитов и их регуляторных субпопуляций зависит от клинико–рентгенологического варианта инфильтративного туберкулеза легких.

3. Больные с ограниченными, малыми формами инфильтративного туберкулеза легких (бронхобулярный, облаковидный) имеют достоверное снижение уровня Т – позитивных лимфоцитов в начале заболевания. В процессе проведения химиотерапии отмечалось увеличение уровней, что видимо, свидетельствует о достаточной компенсаторной возможности больных данных форм инфильтративного туберкулеза легких.

4. Распространенные, деструктивные клинико–рентгенологические варианты инфильтративного туберкулеза характеризуются выраженным дисбалансом в количественном содержании Т – позитивных лимфоцитов, при этом определяется прямая зависимость степени снижения уровня Т – позитивных лимфоцитов от площади поражения легочных полей, наличия деструктивных изменений и выраженности клинических проявлений. Литература.

1. Лимфоциты, инфильтрирующие ткань легкого при туберкулезе: фенотипическая и функциональная характеристика / Г. А. Космиади [и др.] // Современные проблемы фтизиатрии и пульмонологии. – Гродно, 1999. – Ч. I. – С 191-196.

2. Куликовская, Н. В. Получение и характеристика моноклональных антител, реагирующих с микобактериями туберкулеза: автореф. дис. ... канд биол наук / Н. В. Куликовская. – М., 2000. – 21 с.

3. Иммунология туберкулеза: современное состояние проблемы / В. И. Литвинов [и др.] // Вестн. Рос. АМН – 2002 – № 7. – С 8-11.